

8. MICULIȚ, F, VĂRCUȘ, F. Boli chirurgicale ale pancreasului. Patologie și tehnici operatorii. Editura Orizonturi Universitare, Timișoara, 2005, p.43-68.
9. NEALON, WH, WALSER, E: Main pancreatic ductal anatomy can direct choice of modality for treating pancreatic pseudocysts (surgery versus percutaneous drainage). Ann Surg 2002;235:751-758.
10. POP, Gh. Pseudochist pancreatic. Editura Mega, Cluj-Napoca, 2007, 160 pag.
11. POPESCU, I., Tratat de chirurgie. Vol.IX. Partea a II-a. Chirurgie generala. Patologia ficatului. Editura Academiei Romane, Bucuresti, 2009, pag. 397-551.
12. HOTINEANU, V., HOTINEANU A., CAZAC A. etc. Chirurgie –curs selectiv, Chisinau, CEP Medicina, 2008, p. 490-537.
13. HOTINEANU, V., CAZAC, A., HOTINEANU A., Current surgical management and treatment of chronic pancreatitis and you complications, Chirurgia, supliment, rezumate, Congresul Național de Chirurgie, ediția a XXV, numar special, Editura Celsius, 2010, p. 190.
14. SEICEAN, Andrada., Pancreatita cronică-abordare actuală, Cluj-Napoca, 2009, p. 130-162.
15. SCHARTS, S., SHIERS, G., SPENCER, F., Principiile Chirurgiei, New Jork, prima ediție în limba română, Teora, 1994, p. 1477-148.
16. SHARMA, SS, BHARGAWA, N., GOVIL A. Endoscopic management of pancreatic pseudocyst: A long-term follow-up. Endoscopy 2002; 34: 203-207.
17. TURLATU, D. Endoscopie biliopancreatică, Editura Tehnică, București, 1997, p. 66-172
18. VLAD, L., CRISTEA, P.G., OARA, R., BADEA, R., MARGARIT SIMONA. Pancreatectomie distala laparoscopica, cu prezervarea splinei, pentru tumora solida pseudopapilara. Chirurgia, Ediție specială. 2010, p.198.
19. ГУБЕРГРИЦ, Н.Б. Клиническая панкреатология. ООО «Лебедь», Донецк, 2000, стр. 265-281.
20. ДАНИЛОВ, М.И., ФЁДОРОВ, В.Д., «Хирургия поджелудочной железы», Москва, Медицина, 1995 стр. 7 – 402.
21. ФЁДОРОВ, В.Д., БУРИЕВ, И.М., ИКРАМОВ, Р.З., «Хирургическая панкреатология», Москва, Медицина, 1999, стр. 125-186.
22. НЕСТЕРЕНКО, Ю.А., ГЛАБАЙ, В.П. Хронический панкреатит. Медицина. Москва, Россия, 2000, стр.5-177.
23. ШАЛИМОВ, А.А., КОПЧАК, В.М., ТОДУРОВ, И.М. и др. Хронический панкреатит. Опыт хирургического лечения. Хирургия поджелудочной железы на рубеже веков. Москва, Россия, 2000, стр. 155-156.

INDICAȚII ȘI CONTRAINDICAȚII ÎN TRATAMENTUL HERNIILOR INGHINALE PRIN METODA LAPAROSCOPICĂ TOTAL EXTRAPERITONEALĂ (TEP)

Serghei Grati

Catedra Chirurgie FPM USMF "N. Testemițanu"

Summary

Indication and contraindications in inguinal hernia treatment with laparoscopic total extraperitoneal approach

The ideal method in addition should achieve these with the least invasion, pain or disturbance of normal anatomy. Laparoscopic repair in expert hands is now quite safe and effective, and is an excellent alternative for patients with inguinal hernias. It is more complex and is not widely available. The public needs to be educated as to its advantages. All surgeons agree that for bilateral or recurrent inguinal hernias, laparoscopic repair is unquestionably the method of choice. Anterior repair of a recurrent hernia is a technically demanding operation and

is associated with a much higher risk of regional nerve injury and testicular ischemia. The argument against its use for unilateral or primary inguinal hernias is unfounded if it is the best for bilateral hernias.

Rezumat

Odată cu succesul colecistectomiilor celioscopice față de cele tradiționale, s-a încercat implementarea tot mai multor tehnici miniinvazive pentru tratamentul patologiilor chirurgicale. Metoda ideală de tratament chirurgical ar trebui să aibă calități miniinvazive, lipsa durerii postoperatorii, schimbări minimale ale anatomiei inițiale. Tratamentul laparoscopic în posesia echipei chirurgicale experimentate este o metodă sigură și efektivă, și reprezintă o alternativă pentru pacienți purtători de hernie. Metoda laparoscopică în cura herniilor inghinale este un procedeu complicat de însușit, necesită pregătire înaltă în domeniul chirurgiei laparoscopice și poate fi aplicată în centre chirurgicale unde există utilajul necesar. Abordul chirurgical tradițional presupune distrugerea peretelui anterior abdominal, risc crescut pentru injuria nervoasă parietală, ischemia testiculară. Metoda laparoscopică este metoda de elecție în hernia inghinale bilaterale.

Material și metode

Indicații pentru tratamentul laparoscopic al herniilor inghinale nu s-au deosebit mult față de cele pentru tratamentul tradițional al herniilor. Tratamentul chirurgical prezintă indicație absolută, odată ce s-a pus diagnosticul clinice de hernie. Numai în acest mod se poate preveni apariția complicațiilor posibile, specifice herniilor inghinale. Cu cât tratamentul chirurgical are loc mai devreme, cu atât intervenția este mai ușor de efectuat [6].

Contraindicațiile pentru tratamentul herniilor inghinale sunt de ordin **general și local**. Complicație de ordin **general** se consideră stări de sănătate a pacienților, în care orice intervenție laparoscopică ar putea duce la agravarea ei.

Trei tipuri de stări de sănătate se consideră a fi în categoria contraindicațiilor absolute :

- Gravitatea
- Starea de sănătate în care este contraindicată anestezia generală
- Starea de sănătate în care este contraindicată orice intervenție programată

În prima categorie, se includ pacienții la care sarcina fiziologică ar crea dificultăți tehnice. Uterul mărit în dimensiuni, nu oferă posibilitatea creării spațiului de lucru preperitoneal. Anestezia generală poate crea condiții nefavorabile pentru starea fătului și femeii. În aceste condiții, se preferă metoda tradițională pentru tratamentul herniilor inghinale la femei cu sarcină.

În a doua categorie de pacienți, contraindicație absolută reprezintă bolnavii, la care starea generală de sănătate nu permite aplicarea anesteziei generale în mod programat.

Tratamentul laparoscopic în hernii inghinale are loc în condițiile creierii pneumoperitoneului moderat. [2] Deși, insuflarea gazului are loc în spațiul preperitoneal, totuși o cantitate moderată de gaz pătrunde în cavitatea abdominală. Situația devine mai agravantă în condiții în care are loc spargerea peritoneului parietal cu formarea bruscă a pneumoperitoneului tensionat. În această condiție, tulburările cardio-respiratorii preexistente, se pot accentua [4].

La pacienți cu patologie pulmonară preexistentă, este absolut necesar corejarea patologiei. De asemenea, pacienți cu tulburări ale ritmului cardiac, infarctului miocardic acut intervențiile laparoscopice sunt contraindicate. La aceasta grupă de bolnavi, se impune primar compensarea patologiei de bază. La acest grup de pacienți se poate propune intervenții tradiționale sub anestezie locală [1].

Tehnica total preperitoneală (TEP), în comparație cu abord transabdominal nu presupune crearea pneumoperitoneului tensionat, de aceea conduita anestezicologică este mai ușoară [4].

Tulburări de coagulare pronunțate, ce nu pot corejate medicamentos pot constitui o contraindicație. Obținerea hemostazei prin metode endoscopice este mult mai dificilă față de abordul tradițional [3]. Plasarea troacarelor în perete abdominal presupune lezarea vaselor sangvine

mici, capilare, ce potențial poate provoca hemoragii pe fonul preexistente coagulopatii.

Un număr moderat de contraindicații pentru tratament laparoscopic al herniilor inghinale poate fi corejat prin pregătirea preoperatorie adecvată.

În a treia categorie sunt incluși pacienții, cărora este interzisă orice intervenție chirurgicală planificată.

Operația laparoscopică prin abord total preperitoneal al herniilor inghinale nu s-a efectuat indivizilor ce prezentau surse de infecție locală, generală, intraabdomenală etc. Bolnavi cu semne de hipertensiunea portală, ascită, ciroză operația laparoscopică (TEP) a fost contraindicată. De asemenea, pacienții cu tulburări psihice reprezintă contraindicație pentru operație laparoscopică.

Printre contraindicații relative, se numără :

- Intervenții chirurgicale la nivelul etajului inferior abdominal
- Obezitate avansată
- Hernii inghino-scrotale gigante
- Hernii complicate (strangulate, incarcerate, flegmon de sac etc)

Dintre contraindicațiile de ordin **local** se consideră dificultate de identificare anatomică a elementelor structurale funiculare, vasculare, neuroase.

Concluzii

Patologia petelui antero-lateral abdominal, în special hernii inghinale reprezintă o boală cu caracter heterogen [5]. Incidența bolii crește odată cu vârsta pacienților, presupune tendința la apariția complicațiilor specifice. Frecvent se manifestă ca hernii inghinale bilaterale. Tratamentul optimal al herniilor inghinale trebuie ales individual pentru fiecare pacient în parte. Nu există un "Gold standard" pentru tratamentul herniilor inghinale, dar procedeul (TEP) are ca principiul protezarea peretelui posterior al canalului inghinal cu meșă sintetică fără tensiune prin abord miniinvaziv preperitoneal.

Bibliografie

1. Chowbey PK. Endoscopic repair of abdominal wall hernias. First edition 2004, New Delhi. Byword Viva Publishers Pvt. Ltd.
2. Crowford DL, Hiatt JR, Phillips EH. Laparoscopy identifies unexpected groin hernias. Am Surg 1998; 64 : 976-8.
3. Dittrick, George W; Ridl, Kimberly; Kuhn, Joseph A; McCarty, Todd M. Routine ilioinguinal nerve excision in inguinal hernia repairs. Am J Surg (2004) 188: 736-40.
4. Felix et al. Laparoscopic hernioplasty. TAPP vs TEP. Surg Endosc 1995; 9 : 984-9.
5. Liem MSL, et al. Comparison of conventional anterior surgery and laparoscopic surgery for inguinal hernia repair. N Engl J Med 1997; 336 : 1541-7.
6. Roll S, et al. Videoendoscopic inguinal hernioplasty: A comparison between transabdominal and totally extraperitoneal techniques. Retrospective study of 720 operated cases in 10 years. Surg Endosc 2003; 17 (Suppl) : S285.